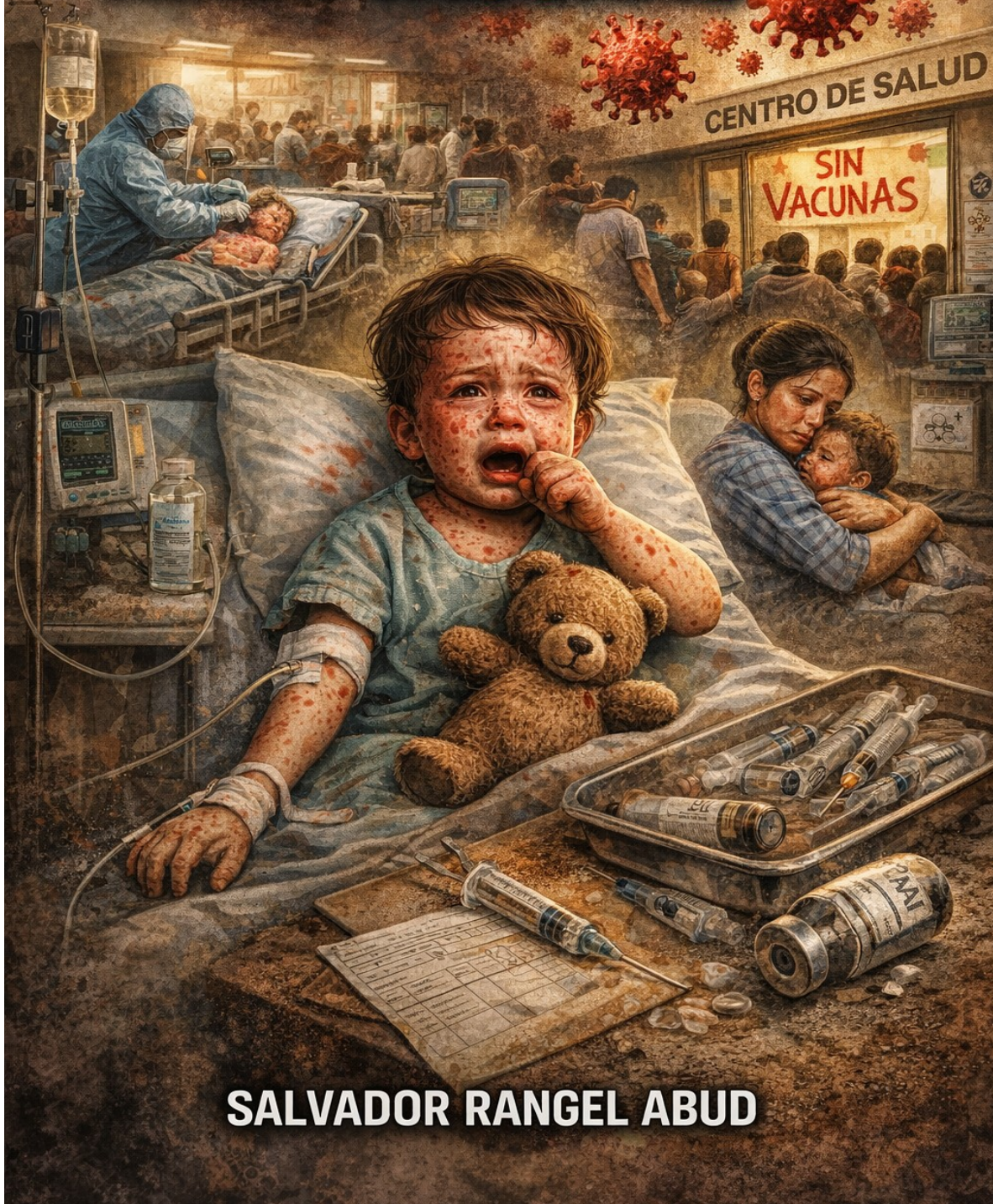


HOLA SARAMPIÓN, ADIÓS VACUNAS



SALVADOR RANGEL ABUD

HOLA SARAMPIÓN, ADIÓS VACUNAS

Salvador Rangel Abud

SINOPSIS

El sarampión había sido eliminado en México desde 1998.

En 2025–2026 regresó con miles de casos y decenas de muertes.

Este ensayo demuestra, con datos oficiales, cómo la caída en coberturas de vacunación por debajo del 95% recomendado por la OMS permitió el resurgimiento de una enfermedad prevenible.

Un análisis comparativo de tres administraciones federales y del costo institucional de abandonar la vacunación como política de Estado.

SOBRE EL AUTOR

Salvador Rangel Abud es médico cirujano, especialista en salud pública, maestro en administración de hospitales y doctorando en ciencias.

Aplica metodología epidemiológica y evaluación de políticas públicas para analizar decisiones sanitarias con impacto nacional.

DETALLES DE PUBLICACIÓN

Título: Hola Sarampión, Adiós Vacunas

Autor: Salvador Rangel Abud

Género: Ensayo de análisis sanitario

Periodo analizado: 2006–2026

Idioma: Español

Año: 2026

Plataforma: Internet Archive — Acceso abierto

Licencia: CC BY-NC-ND 4.0

Contacto: wrangel.1352@gmail.com

NOTA DEL AUTOR

Las enfermedades prevenibles no regresan solas.

Regresan cuando las instituciones fallan.

Este documento identifica qué ocurrió y qué debe cambiar para evitar que vuelva a repetirse.

PALABRAS CLAVE

sarampión · vacunación · salud pública · política sanitaria · México · brote epidemiológico · cobertura vacunal

MENSAJE FINAL

El virus no negocia.
El Estado sí puede decidir.

© 2026 Salvador Rangel Abud · CC BY-NC-ND 4.0 · Internet
Archive

CUANDO EL ESTADO SE DISTRAE, EL VIRUS AVANZA

SARAMPIÓN en México

Análisis comparativo de tres administraciones federales y el costo de abandonar la vacunación como política de Estado

Dr. Salvador Rangel Abud

*Médico Cirujano, especialista en salud pública,
Maestro en Administración
de Hospitales y doctorando en Ciencias.*

Resumen ejecutivo:

Entre 2006 y 2024, México tuvo tres gobiernos federales con tres maneras radicalmente distintas de atender —o de descuidar— su programa de vacunación contra el sarampión.

El resultado de esas diferencias no está en los archivos: está en los cadáveres. Al 13 de febrero de 2026, el país registra más de 9,400 casos confirmados de una enfermedad que había sido eliminada desde 1998 y 29 personas muertas, la mayoría niños, que no tenían por qué morir.

Este ensayo explica qué pasó, quién tomó qué decisiones, y qué debe cambiar para que no vuelva a ocurrir.

INTRODUCCIÓN

POR QUÉ ESTO IMPORTA HOY

Hay enfermedades que no regresan solas. El sarampión no llegó a México en 2025 porque el virus mutó, o porque haya cruzado alguna frontera de manera impredecible o porque la ciencia haya fallado.

Regresó porque las instituciones del Estado mexicano tomaron, durante al menos los últimos siete años, decisiones equivocada al dejar sin vacunar a millones de niños. Entonces el virus encontró el terreno que le prepararon.

Esa afirmación no es una acusación política. Es una conclusión epidemiológica respaldada por datos de la Organización Panamericana de la Salud, la Auditoría Superior de la Federación, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y múltiples publicaciones científicas revisadas por pares.

Este ensayo se desarrolla con la evidencia disponible y ordenado bajo criterios de evaluación de políticas sanitarias que son reconocidos internacionalmente y emplea un lenguaje sencillo que permite tanto a los grupos especializados en la salud pública, como a los tomadores de

decisiones, entender qué ocurrió, aprender de ello y actuar en consecuencia.

La pregunta central no es quién tiene la culpa. La pregunta central es:

¿Qué condiciones institucionales permiten que una enfermedad eliminada regrese, y cómo se evita que vuelva a ocurrir?

JUSTIFICACIÓN DEL ANÁLISIS COMPARATIVO

Comparar tres administraciones federales en torno a un mismo problema no es un ejercicio de historia política. Es metodología científica aplicada a la evaluación de políticas públicas.

Los tres períodos son: —El Gobierno panista de Felipe Calderón (2006–2012), El Gobierno priísta de Enrique Peña Nieto (2012–2018) y los Gobiernos morenistas de Andrés López Obrador (2018–2024) y Claudia Sheinbaum (2025–2026) hasta el momento.

Son plenamente comparables porque:

- Comparten el mismo objeto de intervención: el Programa de Vacunación Universal.
- Comparten la misma plataforma institucional: el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA),
- Cuentan con la misma red de jurisdicciones sanitarias,
- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.
- Comparten el mismo instrumento: la vacuna triple viral SRP.
- Y comparten el mismo estándar internacional de referencia: el umbral del 95% de cobertura que la Organización Mundial de la Salud establece como requisito mínimo para que una población esté protegida colectivamente contra el sarampión.

Lo que cambia entre un período y otro es la voluntad política y el modelo de gestión. Eso convierte el análisis en algo con enorme valor explicativo:

- Misma herramienta,
- Mismo escenario,
- Tres maneras distintas de usar la herramienta en el mismo escenario.

Lo que se aprende de esa comparación es directamente aplicable a la acción política futura.

MARCO CONCEPTUAL

TRES PALABRAS QUE LOS POLÍTICOS DEBEN DISTINGUIR

Antes de presentar la evidencia, es necesario precisar tres conceptos que en el lenguaje cotidiano se usan como si fueran sinónimos pero que en salud pública tienen significados distintos y consecuencias distintas cuando se confunden.

Eficacia es hacer bien lo que se debe hacer en condiciones ideales. Para la vacunación antisarampión, la pregunta de eficacia es simple: ¿el programa mantuvo coberturas iguales o superiores al 95% que la OMS exige para prevenir brotes? Si la respuesta es sí, la intervención fue eficaz.

Eficiencia es obtener el mayor resultado posible con los recursos disponibles, sin desperdiciarlos. No basta con llegar al 95% de cobertura: hay que lograrlo sin comprar vacunas que nadie aplica, sin retrasar contratos hasta que los biológicos llegan a destiempo, sin dejar presupuesto sin ejercer en una gaveta mientras los niños quedan sin protección. La eficiencia es la relación entre lo invertido y lo logrado.

Efectividad es el impacto real en la población: ¿cuántas personas enfermaron menos? ¿Cuántas muertes se evitaron? ¿El brote ocurrió o no ocurrió? Es el indicador más cercano a lo que realmente importa desde el punto de vista de la salud pública y de la ética política.

Estos tres conceptos no son intercambiables. Un programa puede ser eficaz en sus indicadores de proceso y aun así ser ineficiente si gasta el doble para lograr lo mismo.

Puede ser eficiente en términos contables y aun así no ser efectivo si las vacunas llegan tarde, en mal estado, o no llegan del todo.

Y puede parecer efectivo a corto plazo mientras acumula una deuda epidemiológica que estalla años después. La distinción entre los tres conceptos es la llave para entender exactamente qué salió mal y en qué momento.

ANTECEDENTES: LO QUE MÉXICO HABÍA LOGRADO

Para comprender la magnitud de lo que se perdió, hay que saber primero lo que existía.

En 1989 y 1990, México vivió la última gran epidemia de sarampión de su historia: 89,163 casos y 5,899 defunciones. Una letalidad del 6.6%. El sarampión mataba principalmente a los más pobres, a los más pequeños y a los más alejados de los servicios de salud. Fue una catástrofe que sacudió al sistema sanitario y obligó a replantear desde los cimientos el programa de vacunación nacional.

La respuesta institucional tardó en consolidarse pero fue consistente. México eliminó el último caso autóctono de sarampión en 1998. Entre 1998 y 2018 —veinte años— se notificaron apenas 184 casos en todo el país, todos ellos importados o relacionados con casos importados: viajeros que traían el virus de fuera, sin que hubiera transmisión sostenida dentro del territorio nacional.

En 2016, la Organización Panamericana de la Salud declaró a las Américas la primera región del mundo libre de transmisión

endémica de sarampión. México formaba parte de ese logro histórico.

Ese éxito no fue un accidente. Fue el resultado de décadas de inversión sostenida en infraestructura de vacunación, de cadenas de frío mantenidas, de contratos con laboratorios internacionales firmados con anticipación, de Semanas Nacionales de Vacunación que llegaban hasta los municipios más remotos y de un sistema de vigilancia epidemiológica capaz de detectar cualquier caso sospechoso en las primeras 24 horas.

Fue, en una palabra, producto de una buena política de Estado. Una política que ningún gobierno creó por sí solo y que ningún gobierno tenía derecho a dismantelar por sí solo.

LAS TRES ADMINISTRACIONES BAJO LA LUPA

Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012)

La gestión del legado

Esta administración recibió, en justicia, un programa de vacunación sólido y lo fortaleció. Los números son contundentes: la cobertura promedio de primera dosis de triple viral alcanzó el **96.65%** durante el sexenio, y la segunda dosis el **91.85%**.

En 2012, último año de esta administración, la primera dosis llegó al **98.8%**, el nivel más alto registrado en México en la era post-sarampión. Ambas cifras superan el umbral del **95%** que la OMS considera necesario para la inmunidad de rebaño.

¿Cómo se logró eso? Con procesos institucionales que hoy parecen de sentido común pero que requieren disciplina administrativa sostenida: los contratos de compra de biológicos se cerraban en el primer trimestre del año, con negociaciones anticipadas con los laboratorios internacionales que producen las vacunas para todo el mundo.

Las Semanas Nacionales de Vacunación operaban de forma sistemática y llegaban a comunidades rurales e indígenas. La campaña masiva de 2008 inmunizó a la población de 19 a 29 años —una cohorte con vacunación incompleta— y cerró una brecha generacional que de no haberse atendido habría sido un vector de riesgo años después.

El resultado en términos de efectividad fue el más alto posible: **cero casos autóctonos y cero defunciones por** sarampión durante todo el sexenio. La enfermedad no existió en México durante esos seis años como problema sanitario real. Eso es lo que una política de vacunación bien gestionada produce.

Enrique Peña Nieto (2012-2018)

Continuidad con señales de alerta

Esta administración mantuvo en lo esencial la misma arquitectura institucional del programa de vacunación. La cobertura de primera dosis promedió **92.69%** y la de segunda dosis **87.86%**. En 2018, último año del sexenio, la primera dosis se ubicó en **97%**. Cifras menores que las de Calderón, pero epidemiológicamente seguras.

México conservó durante este período su estatus de país libre de sarampión y fue parte de la **histórica declaratoria de la OPS en 2016**. La efectividad siguió siendo máxima: **cero casos autóctonos, cero defunciones por sarampión**.

Sin embargo, el análisis de la tendencia muestra señales que no deben ignorarse. La cobertura mostró una trayectoria descendente hacia el final del sexenio, particularmente en la segunda dosis. La segunda dosis —que es la que cierra el esquema y garantiza protección completa— cayó por debajo del **90%** en varios estados.

En términos de política sanitaria, una cobertura que baja es siempre una alerta temprana: los virus no esperan que la tendencia se estabilice para actuar.

La administración de Peña Nieto fue eficaz, fue razonablemente eficiente y fue efectiva. Pero dejó las primeras semillas de la vulnerabilidad que vino después.

Andrés Manuel López Obrador (2018-2024)

La ruptura programática

La administración de la llamada cuarta transformación representa una discontinuidad sin precedente en la historia del programa de vacunación antisarampión en México desde que existe registro sistemático. **Esa afirmación no requiere análisis político: está en los datos.**

La cobertura promedio de primera dosis durante el sexenio fue de **85.83%** y la de segunda dosis de **79.58%**. Estas cifras están por debajo del umbral mínimo de seguridad epidemiológica en todos los años del período. **La caída no fue causada exclusivamente por la pandemia de Covid-19**, como afirmaron repetidamente funcionarios de esa administración: los datos muestran que **comenzó en 2019, antes de que el SARS-CoV-2 existiera como problema de salud pública.**

Cobertura de vacunación antisarampión (SRP) durante la administración López Obrador

(México, 2019-2024 • Fuente: OPS/OMS Joint Reporting Forms)

Año	1ª dosis	2ª dosis	Umbral OMS (95%)	Contexto
2019	93.5%	n.d.	X	Primera caída significativa desde 2006. Retraso en compras por política de austeridad. 1.5

				millones de niños sin vacunar.
2020	84.4%	n.d.	X	Pandemia de Covid-19 agrava una tendencia ya iniciada. Suspensión de campañas rutinarias.
2021	78.0%	n.d.	X	Nivel más bajo del sexenio en primera dosis. Continúa la interrupción de servicios.
2022	85.79%	82.50%	X	Ligera recuperación post pandemia, insuficiente para cerrar el rezago acumulado.
2023	76.35%	73.69%	X	Nueva caída. Subejercicio presupuestal: de 14,000 MDP autorizados, solo se ejercieron 3,000.
2024	79.86%	68.96%	X	Nivel inferior al de 1989, año previo a la peor epidemia en la historia de México. La 2ª dosis cae a su mínimo histórico.

Promedio sexenal: 1ª dosis **85.83%** · 2ª dosis **79.58%**

El umbral mínimo recomendado por la OMS para prevenir brotes es **95%** en ambas dosis. Ningún año del período lo alcanzó.

La cifra de 2024 —**79.86%** de primera dosis— es ***inferior al 85% que México tenía en 1989, el año inmediatamente anterior a la peor epidemia de sarampión en la historia del país.***

¿Qué decisiones concretas produjeron esa caída?

La primera y más documentada fue la ruptura del ciclo de compras anticipadas. Desde 2019, en el marco de la política llamada "austeridad republicana", el gobierno eliminó las negociaciones anticipadas con los laboratorios internacionales y retrasó los contratos hasta el tercer trimestre del año.

Para agosto de 2019, el país tenía apenas el 10% de las dosis de triple viral que necesitaba para todo el año. El contrato mayor se firmó el 21 de agosto, tres meses antes de terminar el año. Resultado: 1.5 millones de niñas y niños de 1 a 6 años que debían ser vacunados en 2019 no recibieron el biológico.

Esto lo confirmó el propio CENSIA en información entregada a la Auditoría Superior de la Federación.

La segunda decisión fue la eliminación de las Semanas Nacionales de Vacunación, el mecanismo que desde hacía décadas permitía recuperar los rezagos de cobertura y llegar a las poblaciones más alejadas. Esa decisión, se atribuye al entonces subsecretario Hugo López-Gatell, quien privó al programa de su principal herramienta de recuperación.

La tercera, y quizás la más reveladora en términos de gestión, fue el subejercicio presupuestal sistemático. Los datos oficiales, presentados ante el Congreso de la Unión con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación y la Cuenta Pública, muestran lo siguiente:

Subejercicio presupuestal en el Programa de Vacunación Universal México, 2022-2025

(Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación / Cuenta Pública)

Año	Presupuesto autorizado	Presupuesto ejercido	No ejercido	% ejercido
2022	30,000 MDP	7,000 MDP	23,000 MDP	23.3%
2023	14,000 MDP	3,000 MDP	11,000 MDP	21.4%
2024	14,000 MDP	4,000 MDP	10,000 MDP	28.6%
2025	4,600 MDP	3,900 MDP	700 MDP	84.8%
TOTAL	62,600 MDP	17,900 MDP	44,457 MDP	29.4%

MDP = millones de pesos mexicanos.

Para dimensionar los 44,457 millones no ejercidos:

Referencia	Equivalencia
Costo de una dosis de SRP (Fondo Rotatorio OPS)	~120 pesos
Costo de vacunar a todos los recién nacidos del país por año	~256 millones de pesos
Años de vacunación universal que habrían financiado esos recursos	más de 173 años
Dosis de SRP que se habrían podido comprar	~370 millones de dosis

De cada 10 pesos destinados a vacunas entre 2022 y 2025, **solo se gastaron 3. Los otros 7 no se usaron.**

Para dimensionar esa cifra: vacunar a todos los recién nacidos de México con una dosis contra el sarampión cuesta alrededor de 256 millones de pesos anuales. El presupuesto no ejercido habría financiado ese programa por más de 170 años.

La paradoja más perturbadora de la gestión de López Obrador en este rubro es ésta: en 2019, el gobierno gastó 24% más en compra de vacunas que Peña Nieto en 2018, y sin embargo compró menos dosis. Mayor gasto, menos resultado. Es la definición precisa de ineficiencia.

LOS NÚMEROS QUE NO MIENTEN CASOS Y DEFUNCIONES

El registro histórico durante el período de análisis

Durante los sexenios de Calderón y Peña Nieto: Cero casos autóctonos de sarampión y cero defunciones por sarampión.

El programa funcionó exactamente para lo que fue diseñado.

Durante la administración de la llamada Cuarta Transformación, el registro oficial de casos confirmados fue el siguiente:

Año	Casos confirmados	Nota
2018	0	Sin casos
2019	20	Todos importados o asociados a importación
2020	196	CDMX (163), Edo Mex (30), Campeche (2), Tabasco (1); fuente desconocida
2021	0	Ningún confirmado; 1,403 probables
2022	0	Ningún confirmado; 2,536 probables
2023	0	Ningún confirmado; 2,208 probables
2024	7	Primer caso importado de Londres, detectado en CDMX el 14 de marzo
2025	6,428	Brote sostenido desde semana epidemiológica 5

El aparente "silencio" de 2021-2023 no fue éxito sanitario: fue la acumulación silenciosa de millones de susceptibles mientras las coberturas seguían cayendo.

El virus no estaba ausente del mundo —el brote global estaba en marcha—; simplemente no había encontrado aún el nivel crítico de población desprotegida.

En 2025 lo encontró.

El brote 2025-2026

El saldo de las decisiones

El primer caso confirmado del brote actual se detectó en la semana epidemiológica 5 de 2025 en Chihuahua como caso importado ciertamente.

A partir de ahí, la expansión ha sido lamentablemente en forma exponencial. Al corte del 13 de febrero de 2026:

Estado del brote de sarampión en México

Corte: 13 de febrero de 2026 ·

(Fuente: SSA / Dirección General de Epidemiología)

Cifras generales del brote

Indicador	Cifra
Casos confirmados acumulados	9,478
Casos probables notificados	más de 23,000
Defunciones confirmadas	29
Estados con transmisión activa	32 de 32
Municipios afectados	335
Participación en el total continental	71% de todos los casos de América

El brote inició en la semana epidemiológica 5 de 2025. En menos de 12 meses se extendió a cada entidad federativa del país.

Distribución de las 29 defunciones por estado

Estado	Defunciones	% del total
Chihuahua	21	72.4%
Jalisco	2	6.9%
Sonora	1	3.4%
Durango	1	3.4%
Michoacán	1	3.4%
Tlaxcala	1	3.4%
Ciudad de México	1	3.4%
Chiapas	1	3.4%
Total	29	100%

El 96.2% de los fallecidos no tenía antecedente vacunal verificado.

Solo el 3.8% había recibido las dos dosis. La vacuna existía. Era gratuita. Era eficaz. No estaba en su cuerpo.

El dato que resume mejor la causa de esas muertes: el 96.2% de las personas fallecidas no tenía antecedente vacunal verificado. Solo el 3.8% había recibido las dos dosis. La vacuna protege. La ausencia de vacuna mata. No hay manera más directa de decirlo.

¿QUIÉNES MURIERON Y POR QUÉ?

El perfil etario del brote

La distribución de casos por grupos de edad es en sí misma un diagnóstico de los errores de política vacunal de los años previos.

Lactantes menores de un año presentan la tasa de incidencia más alta: 52.68 casos por cada 100,000 habitantes. No han alcanzado la edad de vacunación —la primera dosis se aplica a los 12 meses— y su única protección posible es que los adultos y niños mayores a su alrededor estén inmunizados.

Cuando esa barrera colectiva desaparece porque las coberturas cayeron, los lactantes quedan completamente expuestos. Ante la emergencia, las autoridades implementaron una "dosis cero" para menores de seis meses en zonas con brote activo. Es una medida de rescate que no debería ser necesaria en condiciones normales.

Niños de 1 a 4 años son el grupo con mayor número absoluto de casos: 1,391. Corresponden en su mayoría a la cohorte nacida entre 2020 y 2023, durante el período de mayor desabasto y menor cobertura del sexenio de López Obrador. Muchos tienen esquema incompleto o nulo. En este grupo se concentra también la mayoría de las defunciones: el 64% de las muertes ocurrió en menores de ocho años.

Niños de 5 a 9 años son el segundo grupo en número absoluto: 1,158. Nacidos entre 2015 y 2019, alcanzaron la edad de vacunación justo cuando comenzó la caída de coberturas. Muchos recibieron solo una de las dos dosis necesarias.

Adultos jóvenes de 20 a 29 años constituyen el tercer grupo más afectado: 1,053 casos en el rango de 25 a 29 años. Son personas nacidas

entre 1995 y 2003, con esquemas potencialmente incompletos de la era de transición vacunal. Representan el 20.54% del total de casos y son epidemiológicamente relevantes porque son el grupo con mayor movilidad y mayor capacidad de diseminar el virus en comunidades y entornos laborales.

El desmentido de la narrativa oficial

Durante la conferencia mañanera del 11 de febrero de 2026, el titular del IMSS Zoé Robledo afirmó que el brote se concentraba principalmente en adultos jóvenes como consecuencia de la baja cobertura vacunal en los sexenios de Calderón y Peña Nieto. Organismos de verificación independientes calificaron esa afirmación de falsa.

Los datos de la propia Secretaría de Salud muestran que más de un tercio de los casos —36.36%— ocurrió en menores de 9 años, una cohorte nacida durante o después de la caída de coberturas de la administración de López Obrador.

Los adultos de 20 a 29 años —el grupo que podría haber recibido vacunación incompleta en los sexenios anteriores— representan el 20.54% del total. La mayor carga del brote recae, con claridad estadística, en los niños más pequeños: los que nacieron cuando el programa de vacunación ya estaba deteriorado.

LA JUSTIFICACIÓN DEL ANÁLISIS COMPARATIVO

Algunos lectores podrían preguntarse si es legítimo comparar tres administraciones con contextos distintos, prioridades distintas y circunstancias históricas distintas —una pandemia global entre ellas. La respuesta es sí, y la justificación es múltiple.

Primero, la comparabilidad estructural. Los tres períodos intervienen sobre el mismo programa, con las mismas instituciones, el mismo instrumento vacunal y el mismo estándar internacional de referencia. El análisis no compara estilos de gobierno en abstracto: compara resultados medibles con el mismo termómetro.

Segundo, la sensibilidad del sarampión como indicador. El virus del sarampión tiene un índice de contagiosidad — R_0 — de entre 12 y 18: una sola persona infectada puede contagiar hasta 18 personas susceptibles en su entorno. Eso lo convierte en el indicador trazador más sensible que existe para evaluar la calidad de un programa de vacunación. Una caída del 95% al 85% de cobertura no representa un riesgo diez puntos porcentuales mayor: representa un riesgo exponencialmente mayor porque la dinámica de transmisión no es lineal. El sarampión no perdona la mediocridad institucional.

Tercero, el rezago temporal como lente analítico. Los efectos de una decisión de política vacunal no son inmediatos: se manifiestan con un rezago de tres a siete años, exactamente la duración de un sexenio mexicano. Las coberturas caídas en 2019 se materializaron como casos en 2025. Eso hace que la cadencia sexenal sea, en este caso, la unidad de análisis natural para entender la cadena causal entre decisión política y resultado epidemiológico.

Cuarto, la pandemia no es una exculpación suficiente. La caída de coberturas comenzó en 2019, antes de la pandemia. La pandemia la profundizó, pero no la causó. Y lo que la pandemia no explica es el subejercicio presupuestal de 44,457 millones de pesos entre 2022 y 2025 —cuando la pandemia ya había cedido— ni la eliminación de las Semanas Nacionales de Vacunación, ni el cambio en los procesos de compra que resultó en menos dosis con más dinero.

Quinto, la evidencia tiene autores institucionales. Las conclusiones de este análisis no se apoyan en opiniones: se apoyan en datos de la OPS, de la Auditoría Superior de la Federación, del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, de la ENSANUT 2021-2023 y de publicaciones arbitradas en Acta Pediátrica de México, Salud Pública de México y otras revistas del campo. Cuando las instituciones del Estado producen evidencia que señala errores de política, ignorarla no es neutralidad: es negligencia.

SÍNTESIS COMPARATIVA

Dimensión de análisis	Calderón 2006-2012	Peña Nieto 2012-2018	López Obrador 2018-2024
Cobertura 1ª dosis (promedio sexenal)	96.65%	92.69%	85.83%
Cobertura 2ª dosis (promedio sexenal)	91.85%	87.86%	79.58%
Cumple umbral OMS 95%	Sí, sostenido	Parcialmente	No
Casos autóctonos en el período	0	0	0 (brote post sexenio)
Defunciones en el período	0	0	Brote activo: 29
Semanas Nacionales de Vacunación	Sí, sistemáticas	Sí, sistemáticas	Eliminadas
Ciclo de compras anticipadas	Primer trimestre	Primer trimestre	Roto desde 2019
Presupuesto ejercido (último trienio)	~100%	~100%	29.4% (2022-2025)
Eficacia	Máxima	Alta	Insuficiente

Eficiencia	Máxima	Alta	Mínima
Efectividad	Máxima	Máxima	Mínima

DISCUSIÓN

LO QUE LOS DATOS NOS DICEN SOBRE EL ESTADO Y LA SALUD PÚBLICA

Los resultados de este análisis apuntan a una conclusión que trasciende la coyuntura política: la salud pública no es resiliente a la discontinuidad institucional. Un programa de vacunación que ha tardado décadas en construirse puede deshacerse en uno o dos años de decisiones equivocadas, pero sus consecuencias no se ven hasta que es demasiado tarde para evitarlas.

El caso del sarampión en México ilustra con nitidez un fenómeno que los epidemiólogos llaman "deuda de susceptibilidad": cuando las coberturas caen, la población que debía estar protegida y no lo está se acumula año tras año en silencio.

No hay alarma visible, no hay señal de emergencia, no hay brote inmediato. Los indicadores de proceso —número de dosis distribuidas, unidades médicas activas, presupuesto nominalmente asignado— pueden seguir mostrando cifras respetables mientras la realidad de la inmunidad colectiva se deteriora. Y cuando el virus llega —siempre llega, porque el mundo está interconectado y el sarampión circula en múltiples regiones— encuentra una masa crítica de personas desprotegidas que convierte un caso importado en un brote, y un brote en una epidemia.

Eso es exactamente lo que ocurrió en México entre febrero de 2025 y febrero de 2026.

Hay otro elemento de discusión que merece atención específica: la tensión entre austeridad fiscal y gasto en salud preventiva. La política de "austeridad republicana" de la administración de López Obrador partió de la premisa de que era posible reducir el gasto en programas como la vacunación sin consecuencias sanitarias graves. Los datos demuestran que esa premisa era falsa.

No solo falsa en términos epidemiológicos, sino en términos estrictamente económicos: el costo de atender un brote de la magnitud del actual —campañas masivas de vacunación de rescate, hospitalización de casos graves, movilización de equipos de respuesta rápida, vigilancia epidemiológica intensificada, daño al turismo y a la economía de los estados más afectados— es infinitamente mayor que el costo de haber

mantenido coberturas del 95% comprando vacunas a 120 pesos la dosis a través del Fondo Rotatorio de la OPS.

La austeridad que ahorra en vacunas no es austeridad: es deuda diferida que se paga con vidas.

CONCLUSIONES PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

Este ensayo no termina con una exhortación abstracta al "fortalecimiento de los programas de salud". Termina con proposiciones concretas, derivadas directamente de la evidencia, dirigidas a quienes tienen la autoridad y la responsabilidad de actuar.

Primera conclusión

La vacunación debe ser declarada explícitamente política de Estado, no política de gobierno.

Eso significa que sus presupuestos deben estar blindados ante cambios de administración, que sus procesos institucionales —compras anticipadas, cadenas de frío, vigilancia epidemiológica, Semanas Nacionales de Vacunación— deben estar normados en ley y no sujetos a la discrecionalidad del subsecretario en turno. Lo que una administración construye en décadas no puede ser desmantelado en meses por decreto de austeridad.

Segunda conclusión

El umbral del 95% debe ser un indicador de desempeño exigible con consecuencias.

Si un estado o una jurisdicción sanitaria no alcanza el 95% de cobertura en las vacunas del esquema básico, eso debe activar automáticamente mecanismos de refuerzo, supervisión y recursos adicionales. No puede ser un número que aparece en un informe y no genera ninguna consecuencia institucional hasta que hay un brote.

Tercera conclusión

El subejercicio presupuestal en vacunación debe ser tipificado como falta grave de gestión pública.

No ejercer 44,457 millones de pesos destinados a la compra de vacunas no es prudencia fiscal: es abandono de la responsabilidad del Estado hacia la población. La Auditoría Superior de la Federación tiene los datos. El Congreso tiene la facultad de establecer las consecuencias. Falta la voluntad política de usarla.

Cuarta conclusión

Las Semanas Nacionales de Vacunación deben restituirse y protegerse como instrumento estratégico permanente.

Son el mecanismo más costo-efectivo que existe para cerrar brechas de cobertura en poblaciones de difícil acceso. Su eliminación en el período 2019-2024 fue una decisión sin respaldo técnico o epidemiológico. Su restitución debe ser inmediata y su continuidad debe estar garantizada independientemente de quién gobierne.

Quinta conclusión

La transparencia en coberturas de vacunación debe ser en tiempo real y accesible a la sociedad.

La ciudadanía, los medios de comunicación y los organismos de la sociedad civil deben poder conocer, municipio por municipio, cuál es la cobertura vacunal actualizada. La opacidad en esos datos no protege a ningún funcionario: solo protege al virus.

Sexta conclusión

México tiene una ventana estrecha para evitar la pérdida definitiva de su certificado de eliminación del sarampión.

La OPS ha citado al país a presentar evidencia el 13 de abril de 2026. Si la transmisión sostenida del virus se confirma por 12 meses ininterrumpidos a partir del 1 de febrero de 2025, México perderá un estatus que tardó décadas en construir. Recuperarlo exigirá años de coberturas sostenidas por encima del 95%. El costo político, sanitario y económico de esa pérdida no tiene comparación con el costo de haberla evitado.

REFLEXIÓN FINAL

EL VIRUS COMO ESPEJO DEL ESTADO

El sarampión es la enfermedad más contagiosa que existe. Un solo caso puede infectar a 18 personas susceptibles. Esa característica lo convierte en el mejor espejo que tiene un sistema de salud pública para verse a sí mismo: no hay manera de esconderle al virus una cobertura insuficiente. Si el Estado cumple su responsabilidad de vacunar, el sarampión no circula. Si el Estado falla, el sarampión regresa con una rapidez que no da tiempo a reacciones tardías.

Las 29 personas muertas en México entre 2025 y febrero de 2026 a causa del sarampión no murieron de una enfermedad inevitable. Murieron de una enfermedad prevenible que el Estado dejó de prevenir. El 96.2% de ellas no estaba vacunado. La vacuna existía, era accesible, era gratuita, era eficaz. No estaba en su cuerpo porque alguien, en

alguna oficina de alguna secretaría, decidió que había cosas más urgentes en las que gastar el presupuesto destinado a su protección.

Ese es el costo real de las decisiones de política sanitaria. No aparece en los informes de austeridad. Aparece en las actas de defunción.

La salud pública tiene una regla de oro que ninguna ideología ha podido refutar: es siempre más barato prevenir que curar, y siempre más barato curar que llorar. México lo aprendió entre 1989 y 1990, lo olvidó entre 2019 y 2024, y está pagando esa memoria perdida con el sufrimiento de sus niños.

La pregunta que le corresponde responder a la clase política no es si esto ocurrió. La evidencia no deja duda de que ocurrió. La pregunta es si está dispuesta a garantizar que no vuelva a ocurrir. Y esa garantía no se da con declaraciones: se da con leyes, con presupuestos blindados, con procesos institucionales que sobrevivan a los cambios de gobierno, y con la decisión explícita de que la salud de los niños no es una variable de ajuste en los ejercicios de austeridad.

El virus no negocia. El Estado sí puede decidir.

FUENTES

Organización Panamericana de la Salud / OMS. Joint Reporting Forms on Immunization, 2000-2024. Datos de cobertura vacunal por país y año.

Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas. Washington D.C., 4 de febrero de 2026.

Secretaría de Salud / Dirección General de Epidemiología. Informes diarios del brote de sarampión en México. Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática. Cortes del 12 y 13 de febrero de 2026.

Secretaría de Salud / CONAVE. Avisos Epidemiológicos sobre Sarampión: 27 de marzo de 2024 y 14 de diciembre de 2024.

Auditoría Superior de la Federación. Auditoría número 172-DS al Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). Revisión 2019.

Instituto Nacional de Salud Pública. ENSANUT 2021-2023. Resultados sobre cobertura de vacunación en población infantil. Publicados en Salud Pública de México, vol. 66, 2024.

Aguilar-Ituarte F. "Sarampión y el riesgo de reintroducción a México". Acta Pediátrica de México, 45(2): 192-193, 2024.

Animal Político. "Sarampión: 1.5 millones de niños sin vacunar en primer año de AMLO". Investigación de acceso a la información. 2024.

Animal Político. "Vacunación en México: Gobierno de AMLO dejó a 6 millones de niños sin vacuna; gastó más que Peña Nieto y compró menos". 2024.

Verificado.mx. "Sarampión en México: aumentaron los casos y en años anteriores hubo menos vacunas". Febrero de 2026.

Unidos por la Salud. "El sarampión, una amenaza para la salud en México". Análisis epidemiológico semana 25. Junio 2025.

PUIREE-UNAM. "Resurgimiento del sarampión". Programa Universitario de Investigación sobre Riesgos Epidemiológicos y Emergentes. 2024.

Scielo México. "Situación actual del sarampión en México y en el mundo". Revista Médica del Hospital General de México, 82(4), 2019.

Cámara de Diputados. Declaraciones del Dip. Éctor Jaime Ramírez Barba sobre subejercicio presupuestal en vacunación. Febrero 2026.

Este ensayo fue elaborado con datos actualizados al 17 de febrero de 2026. Los indicadores del brote en curso son preliminares y sujetos a actualización por parte de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

PROPUESTAS CONCRETAS PARA EL COMBATE AL SARAMPIÓN EN MÉXICO

- **Políticas públicas**
- **Financiamiento**
- **Planeación operativa**
- **Difusión**

PREMISA DE LA EMERGENCIA A LA TRANSFORMACIÓN

El gobierno actual enfrenta simultáneamente dos desafíos de naturaleza distinta. El primero es apagar el incendio: controlar el brote activo con más de 9,400 casos confirmados y 29 defunciones. El segundo, y más importante, es reconstruir el edificio que se incendió: restablecer un programa de vacunación robusto, financiado, institucionalizado y blindado ante futuros cambios de gobierno.

Las propuestas que siguen atienden ambos desafíos. Están organizadas en cuatro ejes —políticas públicas, financiación, planeación operativa y difusión— con indicadores de resultado para cada una, porque una propuesta sin métrica de evaluación es solo una intención.

EJE I POLÍTICAS PÚBLICAS

Propuesta 1.1

— Ley de Vacunación Universal con carácter de Seguridad Nacional

Qué es: Promover ante el Congreso de la Unión una ley específica que eleve el Programa de Vacunación Universal al rango de política de Estado con financiamiento mínimo garantizado, metas de cobertura obligatorias y consecuencias institucionales por incumplimiento.

Por qué es viable: El Congreso actual tiene mayoría calificada. El contexto del brote genera consenso político inusual, incluso entre partidos de oposición. Hay precedentes en otros países de América Latina —Brasil, Colombia— donde legislación de este tipo ha blindado programas de inmunización ante cambios de gobierno.

Qué debe contener la ley:

- Cobertura mínima del 95% en todas las vacunas del esquema básico como obligación del Estado
- Presupuesto mínimo anual para vacunación indexado a la inflación y protegido de recortes discrecionales
- Prohibición explícita del subejercicio en el rubro de biológicos sin autorización del Congreso
- Registro nominal de vacunación obligatorio y en tiempo real, accesible a autoridades municipales, estatales y federales
- Mecanismo de alerta automática cuando una jurisdicción sanitaria caiga por debajo del 90% de cobertura

Indicador de resultado: Ley aprobada antes de diciembre de 2026. Cobertura nacional superior al 95% sostenida por dos años consecutivos.

Propuesta 1.2

— Declaratoria formal de Emergencia Sanitaria Nacional por sarampión

Qué es: Emitir una declaratoria oficial de emergencia sanitaria que active mecanismos extraordinarios de coordinación interinstitucional, liberación de recursos y obligatoriedad de reporte.

Por qué es viable: Los instrumentos jurídicos existen en la Ley General de Salud. La declaratoria no implica reconocer un fracaso: implica activar herramientas que en condiciones ordinarias tardan meses en moverse. Canadá y Estados Unidos han usado mecanismos equivalentes ante sus propios brotes.

Qué activa:

- Coordinación obligatoria IMSS, ISSSTE, IMSS-Bienestar, Sedena, Semar y sistemas estatales bajo un solo mando operativo
- Liberación inmediata de los 27.36 millones de dosis ya adquiridas hacia los estados con mayor rezago
- Facultad para contratar personal de vacunación temporal sin trámites ordinarios de servicio civil
- Reporte diario obligatorio de cobertura por municipio, publicado en plataforma abierta

Indicador de resultado: Transmisión sostenida interrumpida antes del 1 de febrero de 2026 para evitar la pérdida del certificado de eliminación ante la OPS.

Propuesta 1.3

— Restitución permanente de las Semanas Nacionales de Vacunación

Qué es: Restablecer por decreto presidencial las Semanas Nacionales de Vacunación con frecuencia mínima de dos veces al año, dotación presupuestal propia y evaluación de resultados obligatoria.

Por qué es viable: Las Semanas Nacionales existieron durante décadas con resultados probados. Su restitución no requiere nueva infraestructura ni nueva legislación: requiere voluntad política y presupuesto. El costo de dos semanas nacionales anuales es mínimo comparado con el costo de un brote como el actual.

Qué deben incluir:

- Jornadas intensivas en los 335 municipios actualmente afectados como prioridad inmediata
- Extensión a comunidades indígenas, rurales y de alta marginación con brigadas móviles
- Vacunación en escuelas, mercados, transporte público y centros de trabajo, no solo en unidades de salud
- Registro en tiempo real de dosis aplicadas por localidad

Indicador de resultado: Recuperación de al menos 3 millones de niños con esquema incompleto en los primeros seis meses de implementación.

Propuesta 1.4

— Sistema nacional de trazabilidad nominal de vacunación

Qué es: Implementar un registro digital individual que permita saber, por nombre y CURP, qué vacunas ha recibido cada persona, cuándo y dónde, accesible desde cualquier unidad de salud del país.

Por qué es viable: La tecnología existe. El IMSS tiene sistemas de este tipo parcialmente desarrollados. La pandemia de Covid-19 demostró que México puede montar plataformas de registro masivo en semanas cuando hay voluntad política. Países como Brasil y Chile tienen registros nominales de vacunación consolidados.

Para qué sirve:

- Identificar con precisión quiénes tienen esquema incompleto y dónde viven
- Evitar duplicar dosis en personas ya vacunadas mientras otros quedan sin protección
- Generar alertas automáticas a familias cuando un niño cumple la edad de vacunación
- Producir datos de cobertura real —no estimada— a nivel municipal

Indicador de resultado: Registro operativo en los 32 estados antes de diciembre de 2027, con cobertura del 80% de la población menor de 12 años.

EJE II

FINANCIAMIENTO

Propuesta 2.1

— Presupuesto blindado para vacunación con piso mínimo constitucional

Qué es: Modificar el artículo 4° constitucional o la Ley General de Salud para establecer un gasto mínimo anual en vacunación que ninguna administración pueda reducir por decreto de austeridad.

Por qué es viable: El artículo 4° ya garantiza el derecho a la salud. Añadir una disposición sobre financiamiento mínimo de vacunación es congruente con ese mandato. El monto puede calcularse con base en el costo de mantener coberturas del 95%: aproximadamente 8,000–10,000 millones de pesos anuales a precios actuales.

Qué resuelve: La causa raíz del desabasto de 2019–2024: que el presupuesto de vacunación es un rubro discrecional que puede reducirse sin consecuencia legal. Con piso mínimo constitucional, ningún secretario de hacienda puede recortarlo y ningún presidente puede autorizarlo.

Indicador de resultado: Presupuesto ejercido anual igual o superior al mínimo establecido, auditado públicamente por la ASF.

Propuesta 2.2 — Contrato plurianual de compra de biológicos con laboratorios internacionales

Qué es: Firmar contratos de adquisición de vacunas con horizonte de tres a cinco años, en lugar del esquema anual que hace al programa vulnerable a los retrasos del ciclo presupuestal.

Por qué es viable: México tiene la escala suficiente —más de dos millones de nacimientos anuales— para negociar contratos plurianuales con condiciones preferentes. El Fondo Rotatorio de la OPS facilita este tipo de negociaciones. El Ministerio de Salud de Brasil opera con contratos de este tipo desde hace más de una década.

Qué garantiza:

- Disponibilidad permanente de biológicos sin dependencia del calendario presupuestal anual
- Precio unitario más bajo por volumen y compromiso de largo plazo
- Eliminación del riesgo de desabasto por retrasos en licitaciones

- Posibilidad de planear con anticipación las campañas de vacunación

Indicador de resultado: Contrato plurianual firmado antes de diciembre de 2026. Cero episodios de desabasto de triple viral en los siguientes cuatro años.

Propuesta 2.3

— Fondo de Contingencia Epidemiológica para vacunación de emergencia

Qué es: Crear un fondo específico —similar al Fondo de Desastres Naturales, FONDEN— destinado exclusivamente a financiar respuestas de vacunación masiva ante brotes, sin necesidad de reasignaciones presupuestales que toman meses.

Por qué es viable: El mecanismo jurídico del fideicomiso de contingencia existe y ha sido usado en México para desastres naturales. Adaptarlo a emergencias epidemiológicas es técnicamente sencillo. El fondo podría capitalizarse con una fracción del presupuesto ordinario de salud pública.

Monto sugerido: 3,000–5,000 millones de pesos como reserva permanente, revolvente cuando se utilice.

Indicador de resultado: Fondo operativo antes de julio de 2026. Tiempo de respuesta ante un brote reducido de semanas a 72 horas.

Propuesta 2.4

— Auditoría pública trimestral del gasto en vacunación

Qué es: Obligar a la Secretaría de Salud a publicar cada tres meses un informe detallado del presupuesto ejercido en vacunación, número de dosis compradas, distribuidas y aplicadas, y cobertura alcanzada por estado y municipio.

Por qué es viable: La Ley de Transparencia ya obliga a la publicación de información presupuestal. Lo que se propone es especificar ese mandato para el rubro de vacunación y establecer un formato estándar comparable año con año.

Para qué sirve: Para que el subejercicio de 44,457 millones de pesos que ocurrió entre 2022 y 2025 no pueda volver a ocurrir sin que alguien lo detecte y lo señale públicamente antes de que cause un brote.

Indicador de resultado: Primer informe trimestral publicado antes de mayo de 2026. Informes subsecuentes sin interrupción.

EJE III PLANEACIÓN OPERATIVA

Propuesta 3.1

— Plan Maestro de Recuperación de Coberturas 2026-2030

Qué es: Un plan de cinco años con metas anuales por estado y municipio, responsables institucionales identificados, presupuesto asignado por componente y mecanismo de evaluación independiente.

Por qué es viable: México tiene experiencia en planes sectoriales de salud con este formato. El Plan Nacional de Salud ya existe como instrumento; lo que se requiere es un anexo específico para vacunación con el nivel de detalle operativo que el plan general no tiene.

Metas por año:

- 2026: recuperar cobertura nacional de primera dosis al 90%
- 2027: primera dosis al 93%, segunda dosis al 88%
- 2028: primera dosis al 95%, segunda dosis al 92%
- 2029-2030: sostener ambas dosis por encima del 95% en todos los estados

Indicador de resultado: Evaluación anual independiente por el INSP con publicación obligatoria de resultados.

Propuesta 3.2

— Brigadas móviles permanentes para municipios de alta marginación

Qué es: Dotar a cada estado de brigadas móviles de vacunación equipadas con cadena de frío portátil, conectividad para registro en tiempo real y personal capacitado, con rutas fijas y calendario publicado.

Por qué es viable: El modelo existe en México para otras intervenciones —el programa IMSS-Bienestar opera en comunidades de difícil acceso. Adaptarlo específicamente para vacunación es una extensión de capacidad institucional, no una creación desde cero. La SEDENA y la SEMAR pueden aportar logística en zonas de acceso complejo.

Prioridad inmediata: Los 335 municipios actualmente con transmisión activa de sarampión, más los municipios con cobertura documentada por debajo del 80%.

Indicador de resultado: 100% de municipios de alta marginación visitados al menos dos veces al año. Reducción del 50% en la brecha de cobertura entre municipios urbanos y rurales en 24 meses.

Propuesta 3.3

— Protocolo de respuesta rápida ante casos sospechosos en menos de 24 horas

Qué es: Establecer un protocolo nacional estandarizado que obligue a cada unidad de salud a notificar un caso sospechoso de sarampión en las primeras 24 horas, con activación automática de equipos de respuesta rápida en 48 horas y vacunación de contactos en 72 horas.

Por qué es vital: El brote actual se expandió en parte porque muchos médicos en ejercicio nunca habían visto un caso de sarampión y tardaron en reconocerlo y notificarlo. El protocolo debe incluir criterios clínicos claros, vías de notificación simplificadas y capacitación obligatoria para el personal de salud.

Componentes:

- Actualización del módulo de capacitación en diagnóstico de sarampión para todo el personal de primer nivel
- Línea directa de reporte epidemiológico con respuesta garantizada en menos de cuatro horas
- Algoritmo de decisión para vacunación de contactos accesible desde cualquier dispositivo móvil

Indicador de resultado: Tiempo promedio entre caso sospechoso y notificación reducido a menos de 24 horas en el 95% de los casos.

Propuesta 3.4

— Integración de la vacunación en el primer contacto de cualquier servicio de salud

Qué es: Implementar la política de "oportunidad perdida cero": cualquier persona que acuda a una unidad de salud por cualquier motivo debe tener su cartilla de vacunación revisada, y si tiene dosis pendientes, debe recibirlas en ese mismo momento.

Por qué es viable: Es una intervención de bajo costo y alto impacto documentada internacionalmente. No requiere nueva infraestructura: requiere un cambio de protocolo en la consulta de primer nivel y disponibilidad permanente de biológicos en cada unidad.

Impacto estimado: Estudios en países similares sugieren que esta política puede incrementar la cobertura entre 8 y 15 puntos porcentuales sin campañas adicionales.

Indicador de resultado: Reducción del 40% en el número de niños con esquema incompleto que acuden a consulta por otras causas en los 12 meses siguientes a la implementación.

EJE IV DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN

Propuesta 4.1

— Campaña nacional de comunicación con segmentación por audiencia

Qué es: Una campaña de comunicación masiva diseñada con mensajes diferenciados para cuatro audiencias distintas: padres de familia con hijos menores de 5 años, adultos de 20 a 35 años con esquema incompleto, comunidades con alta prevalencia de rechazo a vacunas, y personal de salud.

Por qué es necesaria y viable: El movimiento antivacunas tiene presencia documentada en México, especialmente en Chihuahua —que concentra el 72% de las defunciones. La campaña no puede ser genérica ni institucional: debe hablarle a cada audiencia en su propio lenguaje, con sus propias preocupaciones y en los canales donde consume información.

Componentes por audiencia:

Padres de familia: mensajes centrados en la protección concreta del hijo —no en estadísticas— con testimonio de médicos pediatras y padres de niños afectados por el brote. Plataformas: WhatsApp, Instagram, TikTok, radio comunitaria.

Adultos jóvenes: énfasis en que el sarampión no es "enfermedad de niños" y en que la protección incompleta los pone en riesgo. Canal: redes sociales, influencers de salud verificados, universidades.

Comunidades con rechazo a vacunas: diálogo comunitario con líderes locales, médicos tradicionales y autoridades religiosas. No confrontación sino construcción de confianza. Modelo: lo que funcionó en comunidades menonitas de Chihuahua al inicio del brote.

Personal de salud: actualización obligatoria en reconocimiento clínico del sarampión, protocolo de notificación y vacunación de contactos. Canal: plataformas de educación médica continua del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud.

Indicador de resultado: Reducción del 30% en el porcentaje de padres que declaran intención de no vacunar, medida por encuesta representativa a 12 meses de la campaña.

Propuesta 4.2

— Portal público de cobertura vacunal en tiempo real

Qué es: Una plataforma digital de acceso abierto —similar al tablero Covid que operó durante la pandemia— que muestre la cobertura de vacunación actualizada semanalmente por estado, municipio y tipo de vacuna.

Por qué es poderosa: La transparencia es en sí misma un mecanismo de rendición de cuentas. Cuando periodistas, legisladores, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanos pueden ver en tiempo real que el municipio X tiene 65% de cobertura, se genera una presión institucional que ningún memorándum interno produce. La opacidad fue uno de los factores que permitió que el subejercicio de 2022-2025 pasara sin reacción oportuna.

Qué debe mostrar:

- Cobertura de primera y segunda dosis por vacuna, estado y municipio
- Evolución histórica para detectar tendencias descendentes
- Alertas automáticas para municipios por debajo del umbral de seguridad
- Número de dosis disponibles en almacén por entidad federativa

Indicador de resultado: Portal operativo antes de junio de 2026. Actualización semanal sin interrupción.

Propuesta 4.3

— Alianza con medios, sociedad civil y sector privado

Qué es: Construir una coalición formal entre la Secretaría de Salud, medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil, empresas y organismos internacionales para sostener la comunicación sobre vacunación más allá de los ciclos electorales y las agendas de gobierno.

Por qué es necesaria: Las campañas gubernamentales tienen limitaciones de credibilidad en segmentos de la población que desconfían de las instituciones. Un mensaje sobre vacunación que viene de un médico de cabecera, de una asociación de padres, de una empresa empleadora o de una organización religiosa llega a lugares donde la comunicación oficial no penetra.

Componentes:

- Acuerdo con cadenas de televisión y radio para espacios informativos regulares sobre vacunación, no solo en crisis
- Convenio con empresas para que incluyan verificación de cartilla de vacunación en sus programas de salud laboral
- Alianza con organizaciones religiosas —especialmente en comunidades con alta prevalencia de rechazo— para incorporar mensajes de vacunación en sus redes de comunicación
- Participación de universidades en la producción de contenido verificado contra desinformación antivacunas

Indicador de resultado: Coalición formalmente constituida antes de septiembre de 2026. Cobertura mediática sostenida sobre vacunación medida mensualmente.

Propuesta 4.4

— Programa de educación en salud en el sistema educativo nacional

Qué es: Incorporar contenidos de salud preventiva y vacunación en los programas de educación básica y media superior, para construir desde la infancia una cultura de la inmunización que no dependa únicamente de la comunicación masiva en momentos de crisis.

Por qué es de largo plazo pero urgente iniciar: El movimiento antivacunas se alimenta de ignorancia y desconfianza. La única vacuna contra la desinformación es la educación. Un niño que entiende a los 10 años por qué se vacuna será, a los 25, un padre que vacuna a sus hijos sin necesidad de convencerlo en cada brote.

Componentes:

- Módulo específico sobre enfermedades prevenibles por vacunación en ciencias naturales de primaria y secundaria
- Material didáctico sobre historia del sarampión en México — incluyendo la epidemia de 1989-1990— como caso de estudio de salud pública
- Integración de la verificación de cartilla de vacunación en los trámites de inscripción escolar, con apoyo para completar esquemas pendientes

Indicador de resultado: Contenidos incorporados en los planes de estudio antes del ciclo 2027-2028. Evaluación de conocimientos sobre vacunación en alumnos de sexto grado como indicador de impacto a cinco años.

RESUMEN EJECUTIVO DE PROPUESTAS

Eje	Propuesta	Plazo	Prioridad
Políticas públicas	Ley de Vacunación Universal	12 meses	Alta
Políticas públicas	Declaratoria de Emergencia Sanitaria	Inmediato	Urgente
Políticas públicas	Restitución Semanas Nacionales de Vacunación	Inmediato	Urgente
Políticas públicas	Registro nominal de vacunación	24 meses	Alta
Financiación	Presupuesto blindado constitucional	18 meses	Alta

Financiación	Contrato plurianual de biológicos	12 meses	Alta
Financiación	Fondo de Contingencia Epidemiológica	6 meses	Alta
Financiación	Auditoría pública trimestral	3 meses	Urgente
Planeación operativa	Plan Maestro 2026-2030	6 meses	Alta
Planeación operativa	Brigadas móviles permanentes	6 meses	Alta
Planeación operativa	Protocolo respuesta rápida 24 h	3 meses	Urgente
Planeación operativa	Política de oportunidad perdida cero	3 meses	Urgente
Difusión	Campaña nacional segmentada	Inmediato	Urgente
Difusión	Portal público de cobertura en tiempo real	4 meses	Alta
Difusión	Alianza medios, sociedad civil y sector privado	6 meses	Media
Difusión	Educación en salud en sistema educativo	18 meses	Media

Estas propuestas no son inventadas: son la síntesis de lo que funcionó en México antes de 2019 y de lo que ha funcionado en otros países que han enfrentado brotes similares. No requieren nueva tecnología ni nueva ciencia. Requieren voluntad política sostenida y memoria institucional.

El sarampión ya regresó. La pregunta ahora es si el Estado mexicano está dispuesto a garantizar que no regrese una segunda vez.

Dr. Salvador Rangel Abud

Derivadas del análisis comparativo de tres administraciones federales, 2006-2024 Dirigidas a la administración Sheinbaum, febrero de 2026